

ПРИПРАВНИЧКА КЊИЖИЦА ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ

Име, име једног родитеља и презиме приправника _____

Датум и место рођења _____

Назив школе, односно високошколске установе _____

Стечено стручно/академско звање _____

Број и датум издате дипломе _____

Датум почетка приправничког стажа _____

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе у којој је започет приправнички стаж _____

Потпис директора здравствене установе/
другог правног лица/оснивача приватне праксе

Датум завршетка приправничког стажа _____

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе у којој је завршен приправнички стаж _____

Потпис директора здравствене установе/
другог правног лица/оснивача приватне праксе

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора

ОБАВЉАЊЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА

Назив и место здравствене установе/другог правног лица/приватне праксе _____

Назив организационе јединице _____

Област приправничког стажа из плана и програма _____

Трајање обављеног дела приправничког стажа од _____ до _____ године

Знања и вештине које су савладане

Оспособљен/а за самостални рад/није оспособљен/а за самостални рад

(заокружити)

у области _____.

Потпис ментора